

ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE ESPECIALIZADA¹

Kattia Ochoa-Vigo²Ana Emilia Pace³Claudia Benedita dos Santos³

Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Rev Latino-am Enfermagem 2003 março-abril; 11(2):184-91.

Estudo retrospectivo longitudinal, realizado em unidade especializada do interior do Brasil, teve como objetivo verificar as diferenças dos registros de enfermagem quanto ao modo de documentar a assistência oferecida ao paciente, em três períodos relacionados com a implementação do Processo de Enfermagem. Coletaram-se os dados em 20% dos prontuários de pacientes acima de 15 anos, selecionados aleatoriamente, segundo distribuição proporcional, que foram transcritos integralmente, no instrumento construído para essa finalidade, e classificados a partir das propostas do referencial. Para a análise, utilizou-se o Teste Binomial a 0,05% de significância. Nos resultados, observou-se tendência para melhoria nos registros quanto à inteligência da escrita e descrição completa de sinais/sintomas no segundo período. Concluiu-se que houve diferença entre os períodos inicial e de pré-implementação, fato que expressa necessidade de rever o modo de desenvolver-se o Processo de Enfermagem como responsabilidade de toda a equipe de enfermagem.

DESCRITORES: registros de enfermagem, avaliação em enfermagem, equipe de enfermagem

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF NURSING RECORDS AT A SPECIALIZED UNIT

This is a retrospective longitudinal study conducted in a Specialized Unit in the interior of Brazil. It aimed at verifying differences in nursing records with regard to how to document the care provided to patients in three periods related to the implementation of the Nursing process. Data were collected from 20% of the records of patients aged over 15 years who were randomly selected according to proportional distribution. Such data were fully transcribed in an instrument constructed for this purpose and classified according to the proposals of the referential. The Binomial Test was used for analysis with a significance level of 0.05%. The results showed a tendency to improvement of the records as to writing intellection and complete description of the signs/symptoms in the second period. It was concluded that there was a difference between the initial and the pre-implementation periods, which expresses the need to review the way the Nursing Process must be developed as a responsibility of the whole nursing team.

DESCRIPTORS: nursing records, nursing assessment, nursing team

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

Estudio retrospectivo longitudinal, realizado en una unidad especializada en el interior del Brasil que tuvo como objetivo verificar las diferencias en los registros de enfermería cuanto al modo de documentar la asistencia ofrecida al paciente en tres periodos relacionados con la implementación del Proceso de Enfermería. Se colectaron datos del 20% de las historias clínicas de pacientes mayores de 15 años, seleccionados aleatoriamente según distribución proporcional, que fueron transcritos íntegramente en un instrumento construido para esta finalidad e clasificados a partir de las propuestas del referencial. Para el análisis se utilizó el Test Binomial a 0,05% de significancia. En los resultados se observó tendencia para mejoría en los registros cuanto a la inteligencia de la escritura y descripción de signos/síntomas en el segundo periodo. Se concluye que hubo diferencia entre los periodos inicial e de implementación, situación que expresa necesidad de rever el modo de desarrollar el Proceso de Enfermería como responsabilidad de todos los miembros del equipo de enfermería.

DESCRIPTORES: registros de enfermería, evaluación en enfermería, grupo de enfermería

¹ Trabalho extraído da dissertação intitulada "Análise retrospectiva das anotações de enfermagem em três contextos da assistência ao paciente" apresentada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo recebido apoio da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; ² Aluna do Programa de Doutorado em Interunidades da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e-mail: kovpe@bol.com.br; ³ Professor Doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, há décadas, vem utilizando, como fundamento teórico de sua assistência, o chamado Processo de Enfermagem (PE), constituído por um método intencionado de solução de problemas, baseado no método científico, para descrever, explicar e prever seu exercício, assim como seus resultados, com a finalidade de validar sua prática e dar à sociedade uma definição que fomente sua autonomia⁽¹⁾. Esse método exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais dos enfermeiros, para poder satisfazer as necessidades do sistema doente/família⁽²⁾, tendo em vista que o PE é um processo dinâmico e interpessoal que facilita o desenvolvimento do potencial de saúde que o indivíduo possui⁽³⁾.

No Brasil, o PE apresenta-se como a “dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando assistir ao ser humano, caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases” e é composto de seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem⁽⁴⁾.

Sabe-se que os enfermeiros, ao fazerem uso do PE, poderão fortalecer a profissão dentro do âmbito das ciências aplicadas, dando às suas ações um fundamento científico⁽⁴⁾, especialmente ao considerar que o PE representa a “essência da profissão”. O cuidado oferecido tem embasamento científico e torna-se, conseqüentemente, de melhor qualidade⁽¹⁾.

Entendendo a importância do PE, tanto para o paciente como para o enfermeiro, destaca-se que o desenvolvimento de suas fases deve ser documentado no prontuário do paciente, salientando-se que essa atividade permite a todos os membros da equipe de saúde tomar ciência das decisões, ações e resultados obtidos com os cuidados prestados ao paciente⁽⁵⁾.

Nos países em desenvolvimento, essa documentação geralmente está representada pelos registros ou as anotações de enfermagem, e alguns autores referem que elas constituem um meio de comunicação importante para a equipe de saúde envolvida com o paciente, facilitando a coordenação e continuidade do planejamento de saúde⁽¹⁻²⁾, evitando omissões e repetições desnecessárias no tratamento. Assim, a comunicação escrita documenta, de modo permanente, no prontuário, informações relevantes sobre os cuidados prestados ao paciente, e cabe ao enfermeiro a responsabilidade de mantê-lo atualizado⁽²⁾.

Os registros de enfermagem no prontuário devem incluir a declaração dos problemas freqüentemente referidos pelos pacientes, os diagnósticos de enfermagem, os tratamentos e as respostas tanto à assistência médica como à de enfermagem, expressando o reflexo da avaliação periódica do paciente⁽³⁾.

Sendo os registros de enfermagem o único meio de demonstrar o trabalho executado pelo pessoal de enfermagem, reflexo da eficiência e eficácia dos cuidados oferecidos ao paciente⁽⁶⁾, o objetivo deste estudo foi verificar se existem diferenças nos registros de enfermagem na Unidade de Queimados de um Hospital Universitário no interior do Brasil, quanto ao modo de anotar a assistência de enfermagem, considerando-se três contextos relacionados com a implementação do PE, entendendo-se que esse método reforça os conhecimentos dos enfermeiros e, conseqüentemente, contribui para melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

REFERENCIAL TEÓRICO

Consideraram-se alguns critérios dos registros de enfermagem, que, acredita-se, abordam aspectos fundamentais para descrever os dados relacionados com o paciente no prontuário, quanto à forma, apresentação e especificidade do conteúdo⁽²⁾, conforme descritos a seguir:

1. Realizado de modo objetivo, sem preconceito, valores, julgamentos ou opinião pessoal. Informações subjetivas fornecidas pelo cliente, seus familiares ou outros membros da equipe da saúde devem ser consideradas, utilizando-se aspas para esses tipos de informações;
2. Descrições ou interpretações de dados objetivos devem ter apoio em observações específicas e concretas das situações do cliente;
3. Devem ser evitadas generalizações, inclusive termos vagos, como “bom”, “regular”, “comum”, “normal”. Tais descrições tornam-se abertas a múltiplas interpretações, baseadas no ponto de referência do leitor;
4. Os achados devem ser descritos do modo mais completo possível, o que inclui a definição de características como forma, tamanho, cor, textura e temperatura, especificando os dados de modo concreto e objetivo;
5. Documentar os dados de modo claro e conciso, evitando informações supérfluas, frases longas e ausentes de referências coerentes;
6. Escrever de modo legível, com tinta indelével. Os erros

na documentação devem ser corrigidos de modo a não ocultar o registro inicial. O método comumente utilizado inclui o traçado de uma linha sobre o item incorreto, a escrita de "registro incorreto", e a efetivação do registro. O uso de corretores, borrachas ou linhas cruzadas para ocultar o registro não é permitido, por suas implicações legais;

7. O registro deve estar gramatical e formalmente corretos. O enfermeiro deve incorporar somente aquelas abreviações aprovadas no local de trabalho específico. Termos como gíria, clichês e rótulos devem ser evitados, a não ser no contexto de uma citação direta do cliente/familiar.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo longitudinal, desenvolvido na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. A sua escolha esteve relacionada ao fato de terem sido delimitados três períodos distintos na forma de desenvolver o PE, o que favoreceu a análise das anotações em cada período: de 1982 a 1986, período inicial; de 1987 a 1990, período de pré-implementação do PE e, de 1991 a 1993, período de implementação do PE.

A unidade funciona desde 1982, e os enfermeiros, desde então, eram responsáveis por desenvolver programas de assistência integral ao paciente, elaborar o histórico e a prescrição de enfermagem como parte do PE, além de outras responsabilidades. Porém, até 1986, eles não haviam recebido treinamento para fazê-lo e, com frequência, relatavam dificuldades ao lidar com os aspectos psicossociais e psicoespirituais dos pacientes. Diante dessa situação, em 1987, esses profissionais e a diretora do hospital organizaram-se para viabilizar a utilização do PE, considerando o referencial de Horta⁽⁴⁾, que esteve composto por três fases: histórico, prescrição e evolução de enfermagem⁽⁷⁾.

Nesse período, os enfermeiros participaram de vários cursos e passaram a ser exclusivos da unidade, desenvolvendo, paralelamente também, atividades grupais, com a finalidade de analisar e favorecer o desenvolvimento do PE. Identificaram-se, portanto, problemas no preenchimento do histórico e nas prescrições de enfermagem⁽⁷⁾.

Entre 1991 e 1993, foi implementado o PE com cinco fases (adicionaram-se às já existentes o diagnóstico e plano assistencial de enfermagem), objetivando analisar

e reformular a prática do PE no local e melhorar o cuidado individualizado⁽⁸⁾.

A população base do estudo era composta por 957 pacientes internados na referida unidade, entre os anos de 1982 e 1993, os quais foram distribuídos de acordo com critérios estabelecidos (idade, tipo de queimadura, extensão da queimadura e óbito), para facilitar o agrupamento de dados, pois sua distribuição por diagnóstico médico era muito diversificada. E, a partir dela, foi selecionada a população de estudo, considerando-se os critérios com maior número de pacientes, os quais são apresentados na Tabela 1, exposta posteriormente.

Nota-se que os anos selecionados correspondem aos últimos de cada período, visando obter informações de cada contexto, sem interferência do anterior; a idade foi delimitada para uniformizar o tipo de demanda no cuidado; quanto ao grau e extensão da queimadura, consideraram-se as de 2º e 3º grau, sendo que os óbitos foram excluídos porque, freqüentemente, ocorreram logo após o ingresso no local de estudo. A seguir, apresenta-se a Tabela 1 que contém a distribuição da população de estudo:

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes internados na Unidade de Queimados da USP que compõem a população estudada, segundo anos do estudo, graus e extensão da queimadura

Anos selecionados	% queimadura de 2º grau			% queimadura de 3º grau			TOTAL	
	0-25	26-50	Não específica	0-25	26-50	Não específica	Nº	%
1986	5	3	1	8	4	4	25	27,2
1990	4	3	1	13	7	1	29	31,5
1993	10	3	0	19	5	1	38	41,3
TOTAL	19	9	2	40	16	6	92	100

Fonte: Relatório de Morbidade por Patologia - PRODESP, 1999

Portanto, a população de estudo foi composta por 92 pacientes, que representam 9,61% da população base. Estabeleceu-se a amostra, de forma proporcional e aleatória, com 20% dos pacientes. Assim, selecionaram-se cinco prontuários do ano de 1986, seis de 1990, e sete de 1993, totalizando 18 prontuários, nos quais se identificaram 10.996 anotações, correspondendo a 3.986 para o primeiro, 3.829 para o segundo, e 3.181 para o terceiro.

O instrumento de coleta foi composto por dados de identificação do paciente e pelos itens de classificação dos registros, a partir das linhas gerais consideradas no referencial teórico. Isso foi previamente reestruturado após

ter sido avaliado por especialistas e executado o estudo piloto. Ressalta-se que cada registro de enfermagem foi analisado dentro de vários conteúdos, sempre e quando esta contivesse uma idéia completa ou quase completa a respeito do paciente. Desse modo, consideraram-se 24.941 subconteúdos, nos 10.096 registros identificados, sendo 8.052 para 1986, 9.394 para 1990, e 7.495 para 1993.

Na coleta de dados, transcreveram-se os registros descritos no "Relatório Evolução Enfermagem" em um formulário que continha só os dois primeiros itens do instrumento, identificando, de imediato, o número de conteúdos que continha cada registro e classificando-os segundo os itens propostos, incluindo todo o período de internação do paciente. Os autores dos registros foram identificados por meio de seu nome por extenso, e/ou assinatura, e pela descrição do cargo ocupado.

Os dados foram digitados em três Bancos de Dados (BD). O primeiro (BD1), contendo informações da equipe de enfermagem toda, o segundo (BD2), dos pacientes, e, no terceiro, (BD3), armazenaram-se as informações da classificação das anotações de enfermagem de todos os membros da equipe, categorizado-os em Totalmente adequado (T), Parcialmente adequado (P) e Inadequado (I), para cada item que compõe o instrumento, os quais são apresentados na tabela de resultados.

Os subconteúdos dos registros foram categorizados como T, quando satisfizeram integralmente o item enunciado e não apresentaram falha na descrição, nem dúvida para a compreensão do conteúdo; P, quando satisfizeram parcialmente o item enunciado ou tinham uma falha ou dúvida para a leitura do conteúdo, e I, quando não satisfizeram o item enunciado, tendo duas falhas ou mais dúvidas que comprometeram a leitura do conteúdo.

Posteriormente, identificaram-se, no BD1, quais pessoas da equipe de enfermagem permaneceram durante os três períodos de estudo, sendo excluídos os outros funcionários por não terem acompanhado as três modalidades de assistência identificadas. Assim, esse grupo ficou constituído por dezoito indivíduos (dois atendentes de enfermagem, doze auxiliares de enfermagem e quatro enfermeiros), dos quais se procuraram, no BD3, os resultados da classificação obtidos por cada um deles, tendo sido agrupados em suas respectivas freqüências e somados segundo cada item de classificação por funcionário. Finalmente, esses dados foram transformados a proporções considerando que $T+P+I=1$.

Para facilitar a análise dos dados, desenvolveu-se um programa de avaliação dos registros, utilizando-se um programa computacional: a linguagem Fortran⁽⁹⁾, devido à natureza estocástica dos resultados. Para tanto, inicialmente, foi estabelecida a qualidade dos registros, ou seja, Adequado, Não adequado e Inalterado, considerando-se as possíveis variações entre os anos de 1990 e 1986 e 1993 e 1990.

Para a qualidade, verificou-se qual o número de possíveis combinações (aumento, diminuição e constância) para resultados das categorias dos subconteúdos dos registros (T, P, I), que foi igual a 27. Dessas, foram consideradas apenas 13 combinações, considerando que o somatório de T, P e I devia ser igual a 1. Assim, a qualidade do registro foi considerada Adequada quando houve aumento da categoria T ou quando houve constância da mesma junto a uma diminuição da categoria I.

Finalmente, os dados obtidos nas proporções, foram inseridos neste programa, que forneceu os dados preliminares para a análise estatística, tendo sido utilizado um teste não-paramétrico, o Teste Binomial com o nível de significância $\alpha=0,05$.

Ressalta-se que o projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP, tendo sido registrado por meio do Processo HCRP nº1200/99.

RESULTADOS

Os dados que se mostram a seguir, previamente foram organizados para serem submetidos ao teste estatístico, sendo que os resultados estão apresentados na Tabela 2:

Tabela 2 - Distribuição dos resultados do Teste Binomial dos dados analisados no programa de avaliação, segundo itens considerados e períodos de estudo

Itens de análise considerados para os registros de enfermagem	Resultados obtidos entre os anos de comparação propostos	
	Entre 1990 e 1986	entre 1993 e 1990
1-Letra legível e clara	0,013	0,363
2-Erros corrigidos corretamente	0,613	0,500
3-Uso de siglas ou abreviações corretamente	0,315	0,072
4-Escrita objetiva	0,291	0,119
5-Registro completo das características observadas	0,059	0,133
6-Descrição de informações subjetivas entre aspas	0,344	0,109

Na Tabela 2, podem-se observar os itens numerados de 1 a 6 que correspondem aos critérios de avaliação das anotações de enfermagem. Desse modo, no item *Letra legível e clara*, nota-se que houve mudança significativa entre os anos de 1990 e 1986 ($p \leq \alpha$), situação que permaneceu estável até 1993. Entretanto, no item *Uso de siglas ou abreviações corretamente*, observa-se uma tendência para mudar de comportamento só entre os anos de 1993 e 1990 ($p=0,072$). Já no item *Registro completo das características observadas*, identifica-se uma tendência de mudança pouco mais clara entre os anos de 1990 e 1986, considerando que o valor desse resultado está muito próximo do α proposto ($p=0,059$), comportamento que não apresentou maiores alterações no período subsequente de estudo, pois o resultado da comparação entre os anos de 1993 e 1990 foi maior que α ($p=0,109$).

DISCUSSÃO

Nos resultados, identifica-se que houve melhora no primeiro item de análise na população estudada, relacionada com *Letra legível e clara*, entre os anos de 1990 e 1986. Esperava-se, porém, que essa condição continuasse aumentando até 1993, por entender que a implementação do PE, com cinco fases, influenciaria ainda mais essa condição e por tratar-se de funcionários de enfermagem que acompanharam as três modalidades de assistência, ou seja, os três períodos de estudo identificados.

Em relação ao item *Erros corrigidos corretamente*, observa-se que não houve mudança entre os períodos de estudos propostos, tendo em vista que, a partir de 1987, a grande maioria da equipe de enfermagem passou a ser estável no local de estudo, o que deveria, de algum modo, ter favorecido a inserção dos funcionários no PE, com uma conseqüente visualização nos registros. No entanto, mantiveram-se corrigindo os erros de forma parcialmente adequada.

Acredita-se que o PE, de alguma maneira, tenha salientado esse aspecto, contribuindo para o desenvolvimento da documentação de todo o processo, principalmente em 1993, o que, provavelmente, não terá sido suficiente para provocar mudanças no modo de agir do pessoal, indicando a necessidade de investimentos na sua educação, principalmente em educação continuada,

para promover o aprimoramento de toda equipe de enfermagem, priorizando os aspectos técnicos, éticos e legais das anotações de enfermagem⁽¹⁰⁾.

Entende-se que as rasuras ou alterações dos registros comprometem o valor legal dos registros de enfermagem⁽²⁾, pela suspeita de tentativa deliberada de ocultar as informações^(5,11). Estes registros poderiam ser enquadrados dentro da falsidade material, que ocorre quando a autenticidade formal do documento fica afetada, ou seja, possui aparência de autêntico, mas não é genuíno⁽¹⁰⁾.

Quanto ao *Uso de siglas ou abreviações corretamente*, evidencia-se tendência para melhora no terceiro período considerado, o que demonstra que houve acréscimo da categoria totalmente adequada, em 1993, com relação a 1990, mesmo que não tenha sido significativo estatisticamente.

Destaca-se nesse item, que a utilização de siglas ou abreviações incorretas dificultam a leitura, podendo comprometer a inteligência da escrita e, conseqüentemente, a assistência ao paciente. Muitas têm significados diferentes de região para região e mesmo entre as unidades de serviço hospitalar, e isso vem corroborar a importância do uso somente daquelas abreviações entendidas por todas as áreas de saúde que prestam cuidado ao paciente ou aquelas aprovadas oficialmente pela própria unidade.

A seguir, observam-se os dados obtidos pela equipe de enfermagem quanto ao item *Escrita objetiva*, aspecto importante para determinar, de alguma forma, a objetividade das sentenças de como cada membro vinha elaborando seu registro no "Relatório Evolução Enfermagem" a respeito das observações e/ou avaliações dos cuidados prestados ao paciente. Nesse item, mostram-se quão completos, específicos e seqüenciais foram os subconteúdos nos registros, ao descreverem a situação do paciente no prontuário.

Nos resultados, observa-se que não houve mudanças de comportamentos na equipe de enfermagem estudada em relação à objetividade dos registros, sendo que eles continuaram a ser parcialmente adequados durante os três períodos.

Nesse sentido, uma pesquisa realizada no local de estudo, desde uma abordagem etnográfica, objetivando analisar o desenvolvimento da prática do PE na unidade, identificou que os enfermeiros, mesmo valorizando o registro das atividades, nem sempre o faziam, e, quando realizadas, elas não se constituíam em garantia da

concretização das atividades⁽⁸⁾.

Considerando-se os resultados, ressalta-se um estudo feito no Brasil sobre a comunicação escrita, o qual descreve que os enfermeiros não estão preparados para o registro objetivo, completo e desprovido de impressões, nem para registrar os aspectos psicológicos e emotivos do paciente⁽¹²⁾. Diante disso, destaca-se que os registros de enfermagem, sempre que possível, tenham uma linguagem objetiva e/ou mensurável, pois isso é fundamental para uma observação ter caráter científico⁽¹³⁾. Sendo responsabilidade da equipe de enfermagem e, principalmente, do enfermeiro, proporcionar e manter um ambiente terapêutico para o paciente durante as 24 horas, considerando-o responsável pela observação e ajuda a ele, garantindo a qualidade e continuidade dos registros pelas suas implicações assistenciais e legais⁽¹⁴⁾.

Quanto às implicações assistenciais, o enfermeiro deve zelar pela forma e conteúdos dos registros, procurando sempre a eficiência das comunicações e assumindo sua posição de líder na equipe de enfermagem. Já as implicações legais dizem respeito às leis que regem o exercício profissional e às que amparam a clientela nos serviços de saúde⁽¹⁴⁾.

Quanto à forma e ao conteúdo dos registros de enfermagem, salienta-se que a função mais importante do enfermeiro é planejar a assistência ao paciente, a qual deve ser avaliada e revista, em decorrência das mudanças no estado de saúde, para promover a continuidade do cuidado. Mas, para efetivação desse planejamento, considera-se necessário que o pessoal da equipe de enfermagem elabore anotações claras, precisas e objetivas⁽¹²⁾.

Um estudo avaliando a qualidade dos registros de enfermagem em um hospital psiquiátrico, antes e depois de um curso de reciclagem, que considerou como prioritária a anotação sobre “o quê” e “como anotar”, identificou, na fase anterior ao curso, grande ausência de registros no prontuário e, quando presentes, eles eram incompletos. Entretanto, na fase posterior, houve acréscimo significativo quanto à presença e ausência desses elementos, embora a qualidade dos registros tenha variado muito pouco⁽¹⁵⁾.

Dados semelhantes tinham sido identificados em outro estudo, ao avaliarem o desenvolvimento do PE em um Hospital Especializado, pois, na revisão da documentação, observaram uma sensível melhoria na qualidade dos registros de enfermagem, por parte dos

elementos da equipe, porém, ainda assim, as anotações continuavam incompletas⁽¹⁶⁾.

Considera-se, a seguir, o item 5, que compreendeu o *Registro completo das características observadas*, complemento fundamental do item anterior, para avaliar a especificidade de sinais e sintomas identificados ou referidos pelo paciente, bem como as interpretações das observações que a equipe de enfermagem descreve no prontuário, as quais precisariam estar baseadas em dados objetivos, para comporem uma mensagem completa.

Os resultados deste estudo mostram, também, uma forte tendência de melhoria das anotações de enfermagem no ano de 1990, com relação a 1986, embora elas tenham continuado parcialmente adequadas durante os três períodos de estudo.

Essa situação pressupõe que fatos importantes, identificados no paciente, não tenham sido registrados de modo adequado, prejudicando, conseqüentemente, a objetividade da escrita, a sua avaliação e evolução posterior. O que se faz relevante é considerar que o cuidado prestado ao paciente, no decorrer da internação, deve ter seqüência e continuidade, sendo que o registro incompleto dos sinais e sintomas do paciente indica uma lacuna no cuidado prestado pela equipe de enfermagem, em prejuízo de seu próprio objeto de trabalho.

A observação deve ser objetiva e detalhada, para ser um instrumento válido e útil para a profissão como ciência. Não basta só ver, é preciso ouvir, perceber e interpretar (verbalmente ou por escrito) aquilo que se constitui o alvo do momento. É óbvio que, quando qualquer um desses elementos falharem, haverá uma “perda” do conteúdo observado⁽¹³⁾.

Nesse sentido, é necessário que os enfermeiros considerem a utilização, sempre que possível, de uma observação sistematizada, que não deixe margens a interpretações errôneas ou a reações passivas por parte dos vários leitores das mensagens, tendo em vista que os registros direcionam o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente e proporcionam informações relevantes a outros membros da equipe de saúde.

Finalmente, observa-se o item *Descrição de informações subjetivas entre aspas*, que compreende todo tipo de informações referidas pelo paciente, bem como pelos familiares e outros membros da equipe de saúde que interagem com ele⁽²⁾.

Trata-se especificamente da identificação e uso das respostas emocionais e/ou espirituais do paciente e/

ou dos familiares, manifestados em situação de medo, frustração, ansiedade, dentre outros. Salienta-se, entretanto, que tais informações devem ser acompanhadas de dados observáveis, sempre que possível, a fim de auxiliarem no direcionamento das intervenções de enfermagem e de outras áreas de saúde.

Pode-se notar nesse item, que não houve mudanças nos períodos observados, sugerindo que as informações subjetivas, sempre foram interpretadas e descritas de forma incompleta, ou seja, parcialmente adequadas.

Autores já referiram que “os profissionais de enfermagem não dão a devida atenção aos problemas das áreas psicoespiritual e psicossocial”, tanto que o estudo mostrou que os prontuários continham um baixo percentual de registros direcionados às áreas referidas e, em sua maioria, foram de características incompletas⁽¹⁷⁾, o que, provavelmente, seja reflexo do modelo usado em muitas escolas de enfermagem, que demonstram pouco interesse no ensino dos aspectos psicossociais⁽¹⁸⁾.

Nos resultados do estudo, observa-se que houve maior predisposição de mudança nos registros realizados pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente, no período em que fora implementado o PE com três fases, provavelmente porque se desenvolveram, paralelamente, atividades que favoreceram a compreensão desse método de assistência, especialmente por parte dos enfermeiros (formação grupos de discussão, participação em cursos e visitas a outros centros especializados).

A implementação do PE com cinco fases parece não ter exercido maior motivação nos membros da equipe de enfermagem, para manter a melhora na documentação dos cuidados prestados aos pacientes, mesmo que o desenvolvimento do método fora mais bem estruturado. Nesse ponto, salienta-se que a amostra de estudo esteve constituída, maioritariamente, por auxiliares de enfermagem, os quais pareciam ter criado uma resistência para se envolver com o PE no último período, isso porque as ações prescritas pelos enfermeiros nem sempre refletiam as necessidades reais dos pacientes⁽⁸⁾.

Esse desinteresse mostrado pelos auxiliares podia ser conseqüência da própria forma de como o PE fora operacionalizado na unidade, embasado na prescrição de rotinas, fato que se mostrou na não-verificação das prescrições e na falta de troca de informações sobre o paciente, entre o enfermeiro e os outros membros da equipe. Os enfermeiros manifestavam dificuldades para

desenvolver o PE como um todo, alegando falta de conhecimento, situação que se refletia, justamente, em falhas na documentação da assistência⁽⁸⁾.

Esse contexto evidencia que não basta só se organizar academicamente no PE junto aos enfermeiros. É preciso fazer, aprender, crescer e redefinir sua aplicabilidade na prática diária com cada paciente. Para isso, é necessário ter uma fundamentação teórica, conhecimentos anatomopatológicos, psicológicos, dentre outros, que direcionem o cuidado de enfermagem e garantam uma assistência com qualidade, que venha a ser refletida nos prontuários.

Os enfermeiros precisam estar preparados técnica e cientificamente, e incluir também outros membros da equipe de enfermagem na aplicação desse método de assistência, na medida de suas possibilidades, para melhor entender e desenvolver conjuntamente o PE, tendo em vista que todos eles formam parte da equipe de enfermagem que assiste o paciente durante as 24 horas, e cada um deles participa na seqüência do cuidado, fato que também já tinha sido reconhecido pelos próprios enfermeiros da unidade de estudo⁽⁸⁾.

Pesquisas descritivas, realizadas por vários autores, referem que a utilização do PE melhorou, relativamente, os conteúdos dos registros de enfermagem, aumentando, conseqüentemente, a sua qualidade^(12,16). Porém, no estudo, não puderam ser observados, tendo em vista que os itens avaliados mostraram pouca variabilidade de melhoria na equipe de enfermagem, quando comparados os três períodos.

Entretanto, acredita-se que essa situação poderia estar associada ao pouco tempo de aplicação do PE na unidade e aos problemas acima descritos. E, como já referidos, a aplicação do PE requer uma educação contínua e perseverante, pois, além da luta contra os fatores externos da instituição, existe, também, a luta contra o pessoal de enfermagem, incrédulo, que nega a validade que o PE oferece à profissão, como método que vem reforçar a tão ansiada autonomia profissional⁽¹⁶⁾ e, assim, consolidá-la como ciência.

CONCLUSÕES

Os resultados do estudo mostraram melhoria unicamente no item *Letra legível e clara* no período de pré-implementação do Processo de Enfermagem, paralelo

($p=0,013$) junto a uma forte tendência do Registro completo das características observadas ($p=0,059$), sendo que, entre o período de pré-implementação e implementação propriamente dita, do Processo de Enfermagem, não houve mudanças significativas.

Essa situação evidencia que houve uma melhor predisposição por parte dos enfermeiros no período em que o Processo de Enfermagem fora implantado com três fases, o que pode ter contribuído para as múltiplas atividades de motivação realizadas paralelamente entre

os enfermeiros, junto à novidade do método.

AGRADECIMENTO

Este trabalho formou parte do Projeto “O Enfermeiro na prevenção e detecção precoce das complicações em extremidades de membros inferiores das pessoas portadoras de diabetes mellitus”, tendo recebido apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq, no período de março de 2000 a fevereiro de 2001.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1998.
2. Iyer PR, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
3. Hood GH, Dincher JR. Fundamentos e práticas de enfermagem: atendimento completo o paciente. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
4. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU – EDUSP; 1979.
5. Potter PA, Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática. São Paulo (SP): Tempo; 1996.
6. Ribeiro CM. Auditoria de serviços de enfermagem. Rev Bras Enfermagem 1972 jan/abril; 25(4):91-103.
7. Rossi LA. O processo de enfermagem em Uma Unidade de Queimados: análise e reformulação fundamentada na pedagogia da problematização. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1992.
8. Rossi LA. O processo de enfermagem em Uma Unidade de Queimados: da ideologia da rotina a utopia do cuidado individualizado. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.
9. Metcalf M, Reid JK. Fortran Explained. USA: Paperback; 1999.
10. Oguisso T. Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem Ana Néri/UFRJ; 1975.
11. Greenlaw J. Documentation of patient care: an often underestimated responsibility. Law, Medicine & Health Care 1982 Sep; 10(4):172-4.
12. Silva ALC, Simões LA, Chagas SH. Evolução de enfermagem – sua importância no planejamento da assistência de enfermagem. Rev Baiana Enfermagem 1981; 1(nº especial):105-27.
13. Castilho V, Campedelli MC. Observação e registro – subsídios para o sistema de assistência de enfermagem. In: Campedelli MC, Benko MA, Castilho V, Castellanos BEP, Gaidzinski RR, Kimura M. Processo de Enfermagem na prática. São Paulo (SP): Ática; 1989. p.57-65.
14. Nóbrega MSR. A propósito das anotações de enfermagem. Enf Atual 1980; 2(11):31-41.
15. Teixeira MB, Prates JB, Almeida JG. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem. HC Enfermagem 1998; 3(3/4):8-10.
16. Maria VLR, Dias AMC, Shiotsu CH, Farias FAC. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem num hospital especializado. In: Ciclo de debates sobre a assistência de enfermagem; 1988 outubro: 59-70; São Paulo; Brasil: Centro de estudos de enfermagem, 8 de agosto do Hospital 9 de Julho; 1988.
17. Angerami ELS, Mendes IAC, Pedrazzani JC. Análise crítica das anotações de enfermagem. Rev Bras Enfermagem 1979 jul/ago/set; 29(3):28-37.
18. Davis BD, Billings JR, Ryland RK. Evaluation of nursing process documentation. J Adv Nurs 1994; 19:960-8.